

ANNEE 1970

THESE

N^o

601

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

Vincent LEPINARD

Né le 1er octobre 1939 à VERNEUIL (Eure)

Interne des Hôpitaux de Paris

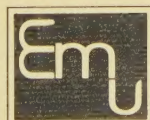
Attaché Assistant d'Anatomie au CHU Pitié-Salpêtrière

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

**LA CYSTECTOMIE DE REDUCTION
DANS LES VESSIES DE GRANDE CAPACITE
(à propos de 7 observations)**

Président : M. P. ABOULKER, Professeur

EDITIONS MEDICALES



ET UNIVERSITAIRES

40, rue Pascal - PARIS XIIIe

ANNEE 1970

THESE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

Vincent LEPINARD

Né le 1er octobre 1939 à VERNEUIL (Eure)

Interne des Hôpitaux de Paris

Attaché Assistant d'Anatomie au CHU Pitié-Salpêtrière

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

**LA CYSTECTOMIE DE REDUCTION
DANS LES VESSIES DE GRANDE CAPACITE
(à propos de 7 observations)**

Président : M. P. ABOULKER, Professeur

EDITIONS MEDICALES



ET UNIVERSITAIRES

40, rue Pascal - PARIS XIIIe



A mes Parents

A ma Famille

A tous mes Amis.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551512_0011

A notre Maître, Monsieur le Professeur Pierre ABOULKER,

Qui m'a fait connaître et aimer l'urologie.

Qui m'a donné le sujet de cette thèse et
en a accepté la présidence.

Qu'il trouve ici le témoignage de ma grande
admiration et de mon sincère attachement.

A Monsieur le Professeur René KUSS

Qui m'a autorisé à utiliser les observations
de son service.

Qu'il en soit vivement remercié.

A Monsieur le Professeur Agrégé Adolphe STEG

Dont les conseils me furent très utiles.

Au Docteur Philippe GALLIAN

A Monsieur le Professeur W. GREGOIR.

A mes Maîtres d'Internat :

Monsieur le Professeur DENOIX

Monsieur le Docteur Yves CACHIN

Monsieur le Docteur Jean LACOUR

Monsieur le Professeur Agrégé BARCAT

Monsieur le Professeur REDON

Monsieur le Docteur LANCE

Monsieur le Professeur Claude OLIVIER

Monsieur le Professeur PETIT.

INTRODUCTION

Les vessies de grandes capacités communément appelées mégavessies posent un certain nombre de problèmes. Problèmes intéressants car ils vont déboucher sur un acte thérapeutique ; la cystectomie de réduction.

Nous avons limité notre étude aux vessies de grande capacité de l'adulte. En effet les mégavessies de l'enfant sont tout à fait différentes. Congénitales, soit associées à d'autres malformations (megauretère, aplasie de la paroi abdominale, ectopie testiculaire) comme dans le syndrome du ventre en pruneau, soit entrant dans le cadre du mégacystis syndrom de Innes WILLIAMS. Ces malades n'ont qu'exceptionnellement un résidu. Les mégavessies de l'adulte par contre appellent certaines questions :

- nosologiques : quand peut-on parler de megavessie
- anatomo-pathologique
- physio-pathologique
- thérapeutique aussi bien sur le plan de la technique chirurgicale que dans les indications thérapeutiques.

Des résultats et du bien fondé de la cystectomie de réduction :

Nous avons recueilli 7 observations de cystectomie de réduction pour vessies de grande capacité. Quatre dans le service de notre Maître, le Professeur ABOULKER. Deux dans le service du Professeur KUSS, une du Docteur REZICNER à Strasbourg.

A la lumière de l'étude de ces 7 observations et de l'étude des observations recueillies dans la littérature, nous allons essayer de faire le point sur ces différents problèmes.

Nous avons choisi le plan suivant :

- I - ETUDE DES OBSERVATIONS
- II - HISTORIQUE
- III - NOSOLOGIE
- IV - CLINIQUE
- V - ANATOMIE PATHOLOGIQUE
- VI - PHYSIOPATHOLOGIE ET PHYSIOPATHOGENIE
- VII - LES TECHNIQUES CHIRURGICALES
- VIII - LES RESULTATS
- IX - LES INDICATIONS
- X - CONCLUSIONS.

OBSERVATION N° I

VIG... Paul

72 ans.

Le 15.10.67 le malade vient consulter à la suite d'une hématurie. Il se plaignait depuis quelques mois de troubles urinaires minimes. L'examen retrouve un globe vésical à l'ombilic.

L'urographie intraveineuse montre une énorme vessie avec un fonctionnement rénal normal.

Le malade est mis à la sonde à demeure qui donne plus de 3 l en 24h.

Une cystoscopie montre qu'il s'agit d'une sclérose du col, une division à 6 cm est pratiquée le 25.10.67. L'existence dans les suites opératoires d'un résidu important fait pratiquer le 10.1.68 une cysto-urétroscopie qui montre un col parfaitement cicatrisé large et souple.

Le 17.1.68 : cystectomie partielle, selon la technique habituelle avec extra peritonisation de la vessie. Résection d'une partie importante de la calotte. La pièce mesure 14 cm x 9 cm et à 2 à 3 cm d'épaisseur. Fermeture en 2 plans aux points séparés. La sonde est retirée le 12^e jour. Résidu 60 g.

Le 27.5.69 : se sent très bien, n'a pas d'incontinence. L'envie d'uriner est très discrète, ne se lève pas la nuit. Le résidu est de 300ml.

Histologie :

Infiltration oedémateuse du chorion et de la muqueuse. Mais les lésions portent surtout sur la musculuse. Elle comporte des faisceaux musculaires normaux englobés par une importante sclérose oedémateuse et d'autre part des faisceaux musculaires altérés par une nécrose parfois totale avec remplacement de la fibre musculaire par du collagène. A côté de ces lésions musculaires majeures, l'innervation paraît normale.

OBSERVATION N° 2

ALA... Haïm

56 ans.

Le malade, médecin à Istanbul, vient consulter en France pour une volumineuse masse abdominale, connue depuis l'enfance et d'évolution progressive.

L'examen de l'abdomen montre un signe du flot. La totalité de l'abdomen est mate. La limite supérieure de la matité est convexe vers le haut. On note également une circulation collatérale au niveau de la paroi de l'abdomen et de l'œdème des membres inférieurs.

Les radiographies des organes abdominaux montrent un refoulement en haut et latéralement des organes abdominaux. Le diagnostic évoqué est celui de kyste du mésocolon ascendant.

L'intervention découvre une énorme vessie contenant 12,5 litres d'urine. Résection d'une partie de la calotte et fermeture en 2 plans. Mise en place d'une sonde à demeure.

Le malade est alors adressé au Professeur ABOLKER le 31.II.68.

L'U.I.V. montre une dilatation des voies urinaires supérieures.

L'urétrographie montre une prostatite chronique avec fusées diverticulaires.

L'urée sanguine est de 0,56 g/l avec une clearance à 29,5 ml/mn.

La clearance de la créatinine : 81 ml.

Le malade est laissé à la sonde à demeure et retourne en Turquie. Il fait un épisode d'infection urinaire traité par les antibiotiques.

En Janvier 1969 l'état rénal s'est amélioré :

- clearance de l'urée : 60°/°

- clearance de la créatinine : 93 ml/mn

- urines stériles.

Le 30.4.69 :

Cystectomie subtotale.

Extra-péritonisation de la vessie qui est considérable malgré la résection antérieure. Ablation d'un adénome prostatique d'une dizaine de grammes. Cystectomie très étendue. La pièce mesure 30 cm × 15 cm. Elle laisse une vessie de capacité 250 à 300 g. Fermeture de la vessie en 2 plans à points séparés.

La sonde vésicale est retirée le 15^e jour.

Miction de 250 g sans résidu.

Quelques pertes d'urine nocturnes allant en diminuant.

En Juin 69 :

L'intervalle entre deux mictions est de 4-5 heures.

L'incontinence a presque disparu, apparaissant surtout aux fortes chaleurs.

Urée 0,26 - urines stériles.

Histologie :

La paroi vésicale est constituée par une épaisse couche musculaire plexiforme souvent dissociée dans sa partie superficielle par une sclérose jeune tandis que la muqueuse est représentée par un chorion fibro-inflammatoire et un épithélium atrophique.

OBSERVATION N° 3

MAR... Antoine

55 ans $\frac{1}{2}$.

Le malade est vu pour la première fois en 1966 mais présente des troubles urinaires depuis plusieurs années :

Coliques néphrétiques gauches en 1952, avec expulsion d'un calcul d'oxalate.

Opéré d'un calcul de l'uretère gauche en 1958. La vessie serait apparue déjà très anormale à l'U.I.V.

Le malade présente ensuite de fréquentes périodes d'infections urinaires, traitées par les antibiotiques. Il se plaint surtout de difficultés pour uriner. Il sent le besoin d'uriner plus ou moins bien, il masse sa vessie et doit attendre un moment pour voir apparaître le jet. Le matin il urine normalement mais doit recommencer 20 minutes plus tard. Le début du jet paraît fin. Il n'urine qu'une fois la nuit; à l'examen, la prostate est petite. Le résidu est de 500 cc.

L'U.I.V. montre une vessie de grande capacité mais l'appareil urinaire supérieur est normal.

Le 24.2.66 : cystectomie partielle. La paroi vésicale est extrêmement mince translucide. La muqueuse est blanchâtre. L'orifice cervical est normal. Les O.U. sont éloignés de l'orifice cervical. Il existe une sorte de bas-fond postérieur qui va très loin en arrière. Résection de toute la partie supérieure en laissant une cavité qui contient 300 cc. La pièce mesure 15 cm de diamètre? Fermeture en bourse.

Suites post-opératoires :

La sonde est retirée le 10^e jour.

Urine tous les 3-4 heures. La vessie se vide parfaitement.

Le 10.2.70 :

- va très bien
- urine normalement
- pas de résidu.
- pas d'incontinence
- éprouve très bien la sensation d'uriner.

Histologie :

- La pièce mesure 12 cm × 12 cm.
- L'épaisseur est en moyenne de 5 à 8 mm.
- La muqueuse est le siège de nombreux plis. Il existe au sommet de ces plis de très minimes ulcérations à fond hémorragique.

- L'étude histologique de cette paroi vésicale montre essentiellement des lésions inflammatoires chroniques. De véritables follicules clos avec ébauches de centres germinatifs sont constatés au contact même de la muqueuse excréto-urinaire.

Dans la sous-muqueuse existe un important oedème et surtout une congestion veineuse considérable.

La musculature vésicale elle-même n'est pas non plus très modifiée.

On ne voit pas de tronc nerveux myéloniques plus ou moins flexueux qui témoignent de la régression spontanée ou acquise de l'innervation autonome.

OBSERVATION N° 4

SAM... Joseph.

25 ans.

Ce malade présentait depuis l'enfance des troubles urinaires à type d'incontinence nocturne sans dysurie ni infection urinaire. Ce n'est qu'à l'âge de 20 ans que l'on pratique une première U.I.V. qui montre une vessie présentant un gros résidu sans retentissement important sur le haut appareil. On pratique dès lors en 1961 une résection endoscopique avec le diagnostic de maladie du col.

En 1963 l'absence de modifications radiologique et clinique font pratiquer une deuxième résection endoscopique sans résultat clinique meilleur. En plus de ses troubles mictionnels le malade présente dès lors une cystite rebelle. Il consulte le professeur KUSS en 1966. L'UIV et l'uretrographie rétrograde montrent alors un appareil urinaire supérieur normal. Une vessie très grande remontant jusqu'à L4 mais la partie supérieure ressemble plus à un gros diverticule en raison d'une encoche située à la partie moyenne. Le cliché post-mictionnel met en évidence un gros résidu. L'ouverture du col est normale. Les examens complémentaires donnent une clearance de l'urée à 52 ml/mn et de la créatinine à 144 ml/mn.

Le 15.9.66 est pratiquée une cystectomie partielle de réduction. Extra-péritonisation de la vessie. Résection de la calotte et fermeture de la vessie en un plan au catgut. La sonde est retirée au 18è jour. Le malade présente dès lors une pollakiurie nocturne avec incontinence cithostatique et de décubitus et il ne commence à sentir le besoin d'uriner qu'un mois après l'intervention et de manière très faible. Le résidu vésical est de 100 cc.

Le malade est revu en 1970. Il garde toujours une incontinence nocturne et surtout des urines très infectées. Le résidu est minime et s'améliorera lors d'une nouvelle hospitalisation où il est traité par lavages vésicaux continus au nitrate d'Ag.

Le 30.I.70 : pas de résidu, urines stériles.

Histologie :

La muqueuse est extrêmement amincie remplacée par un magma hémorragique et fibrineux. La musculature est parfois morcelée par une fibrose intense de telle sorte que les faisceaux musculaires sont petits et atrophiques.

OBSERVATION N° 5

REN... Auguste

67 ans.

Ce malade qui ne présentait aucun antécédent urinaire consulte pour la première fois en Juillet 1969 pour une légère dysurie et une polla-burie nocturne d'apparition récente.

En Novembre 1969 il fait un premier accident de rétention aigue et le sondage ramène 1750 cc d'urine. L'U.I.V. pratiquée à cette occasion montre un haut appareil urinaire normal. Une vessie de grande taille présentant un important résidu après miction.

L'uretrocystographie rétrograde confirme le diagnostic de vessie de grande capacité. L'ombre vésicale atteint L4, vérifie d'autre part l'absence d'adénome prostatique et de sclérose du col.

Une cystométrie montre une vessie de grande capacité (3,5 l) légèrement hypotonique.

Un nouvel accident de rétention aigue le 18.1.70 (le sondage ramène 4,200 l en 24 h) fait décider l'intervention.

L'intervention est pratiquée le 3.2.70 :

- médiane sous-ombilicale
- ouverture du péritoine
- on laisse sur la vessie très distendue une pastille d'environ 10 cm de diamètre de péritoine
- libération complète de la vessie avec ligature des péricules vésicaux supérieurs.
- on fait une incision circulaire qui va partir sur la face antérieure de la vessie à environ 8-10 cm de la jonction vésico-prostatique et qui horizontalement en arrière va passer à 8-10 cm de la barre urétérale qui est extrêmement saillante. Section de toute l'épaisseur de la paroi vésicale.

Une bourse ferme au catgut la muqueuse vésicale.

Une autre bourse va refermer la musculature sur laquelle on met 2 ou 3 points en X.

Au cours de l'intervention vérification de l'état cervico-prostatique. L'orifice cervico-prostatique est dilaté, on peut y pénétrer sans grand effort le doigt. L'index, et l'on pousse en avant sur la commissure antérieure que l'on rompt un peu. L'urètre est dilaté jusqu'au dessous du veru mustansun car le doigt s'enfonce sur une distance de 3-4 cm.

Histologie :

Nous avons individualisé des fragments des différentes parois vésicales :

- face antérieure : la paroi est presque normale en dehors des lésions inflammatoires superficielles siégeant dans la sous-muqueuse.

- La paroi postérieure renferme une musculature très réduite à quelques fibres musculaires lisses dégénératives dispersées dans une sclérose collagène.

- Le dôme vésical et les parois latérales montrent une sclérose qui dissèque les faisceaux de la musculature avec une prédominance au niveau des couches internes.

Suites opératoires :

- la sonde est retirée au 12^e jour.

- Le malade urine normalement. On note cependant au début une incontinence nocturne qui régresse très rapidement.

OBSERVATION N° 6

BEL... André

51 ans.

Ce malade, originaire d'Afrique du Nord, ne présentait aucun antécédent particulier. Il est à noter cependant qu'il n'avait jamais subi de visite médicale.

Dans le courant de l'année 1969 découverte d'une masse du flanc gauche qui fait pratiquer un certain nombre d'explorations radiologiques digestives qui montrent un refoulement des organes digestifs. Une urographie intraveineuse montre une volumineuse ureterohydronephrose gauche. Il consulte alors le Docteur REZICINER.

Janvier 1970 : L'interrogatoire ne retrouve aucun symptôme urinaire si ce n'est que le malade trouve qu'il met plus longtemps que les autres à uriner.

L'urée sanguine est normale.

L'urographie intra-veineuse montre

- une volumineuse ureterohydronephrose gauche
- une dilatation moindre des cavités excrétrices du rein et de l'uretère droit.

Une U.P.R. montre que la vessie présente un résidu de 2,500 l.

L'urétérocystographie rétrograde ne permet pas de juger de l'état du col car on ne peut obtenir un cliché mictionnel.

Le 10 Février 1970 : Intervention - Dr REZICINER.

Néphro-ureterectomie gauche, cystectomie de réduction, divulsion

1er temps :

Ponction de l'hydronéphrose qui ramène 4,5 l

Néphrourectomie gauche emmenant une collerette vésicale.

2è temps :

Cystectomie de réduction qui est augmentée à la demande, prélevant ainsi 3 lambeaux vésicaux de 12×11 cm, 8×4 cm, 5×3 cm.

3è temps :

Divulsion à ciel ouvert

Le col paraissant un peu scléreux et admettant mal la pulpe de l'index.

4è temps :

Fermeture de la vessie en un plan au catgut chromé.

Suites opératoires :

- sonde enlevée au 12è jour.

- incontinence orthostatique et quelques gouttes nocturnes après l'ablation de la sonde, incontinenances régressant rapidement.

Revu un mois plus tard :

- jet fort

- urine 4 fois par jour

- éprouve très bien la sensation d'uriner

- l'incontinence a disparu

- capacité vésicale 200 cc

- pas de résidu

- l'urographie de contrôle montre une amélioration très nette de la dilatation du rein droit.

Histologie :

Les pièces de cystectomie montrent une muqueuse amincie, un chorion fibreux sans phénomènes inflammatoires. La musculuse est épaissie, plexiforme. Elle est le siège d'une fibrose interstitielle, disséquant la

périphérie. Elle atteint surtout la couche interne et moins la couche externe.

Les fibres musculaires sont en voie d'atrophie. Les colorations spéciales montrent que la fibrose est de nature collagène sans amylose.

Les recherches neuro-pathologiques n'ont montré aucun signe en faveur d'une lésion des plexus nerveux.

OBSERVATION N° 7

LEF... Albert

57 ans.

Le malade est vu pour la première fois en janvier 1967. Depuis 6 mois il a constaté un oedème des deux membres inférieurs qui s'accroît progressivement et se plaint d'une pollakiurie nocturne importante (7 à 8 fois).

L'examen retrouve une volumineuse masse abdominale faisant d'abord évoquer le diagnostic de kyste du mésentère. Le sondage ramène 6 litres d'urines, il est suivi par une régression très importante de l'oedème des membres inférieurs. Il est alors adressé dans le service du Professeur KUSS.

La clearance de l'urée est de 33 ml/mn

La clearance de la créatinine de 55 ml/mn.

Les examens radiologiques orientent vers une maladie du col et le malade subit une première résection endoscopique le 3.3.67. Dans les suites opératoires le malade ne peut uriner spontanément et une deuxième résection est pratiquée le 23.3.67. Devant l'importance du résidu on pratique le 6.4.67 une cystectomie de réduction, laissant une vessie de 350 cc de capacité. Après cette intervention le malade présente encore un résidu de 150 cc.

Le malade subit une nouvelle résection endoscopique le 9.6.67. Celle-ci est compliquée d'un hématome des bourses. A l'ablation de la sonde le malade est incontinent. Le 5.7.67 apparition d'une fistule uréthro-scrotale. Celle-ci est reséquée le 27.9.67. Le malade est laissé à la sonde à demeure cependant par la plaie périnéale se cicatrise correctement.

En Janvier 1970 : hémiplégie droite par ramolissement cérébral. Malade décédé dans un tableau de collapsus le 21.1.70.

Histologie : Atrophie de la muqueuse. Sclérose importante de la musculature.

HISTORIQUE

La première observation de vessie de grande capacité fut rapportée par HUNTER en 1818. Au Congrès de l'American Association of Genito-Urinary Surgery en 1911, BINNEY rapporta 3 cas de résidu important malgré l'adénomectomie.

Les lésions de la paroi vésicale de ces grandes vessies distendues furent étudiées en 1910 par CASPER et surtout par HERMANN en 1925, qui nota l'importance du tissu fibreux de la paroi vésicale.

La première cystectomie de réduction pour vessie de grande capacité fut faite par ORR en 1937.

Après quelques années d'oubli, elle fut à nouveau pratiquée en 1948 par CRABTREE et MUELLUN. Puis FISH et FITZPATRICHE en 1950 publièrent quelques observations. Des techniques chirurgicales nouvelles de cystectomie de réduction furent décrites en 1966 par HAMILTON STEWART. en Angleterre, GREGOIR en Belgique.

N O S O L O G I E

Il nous faut tout d'abord définir ce que nous entendons par vessie de grande capacité.

La capacité physiologique d'une vessie normale chez l'adulte est de 300 à 400 cc. La capacité vésicale varie avec l'âge : 30 à 50 cc dans la première année, 100 cc vers 5 ans, 200 à 300 cc à 10 ans.

La capacité maximum, c'est-à-dire celle qui détermine un besoin douloureux d'uriner est de 500 cc.

Dans toutes nos observations la capacité vésicale dépassait 1000 cc. Comme toutes ces vessies présentaient des résidus nous entendons par là que le résidu à l'état habituel était au moins de 1000 cc. L'une d'elles même contenait 12,5 litres.

Ce problème de la définition de la mégavessie n'a jamais été envisagé par les différents auteurs. Quand la capacité vésicale est précisée dans les différentes publications nous voyons qu'elle varie de 300 cc à 7000 cc. Aussi c'est tout-à-fait arbitrairement que nous choisissons le chiffre de 1000 cc.

CLINIQUE

Il n'existe pas de signe clinique particulier de la mégavessie. Nous avons cependant distingué 2 groupes de signes :

- A - Les signes abdominaux
- B - Les signes urinaires.

A - LES SIGNES ABDOMINAUX

C'est le diagnostic d'un gros ventre, d'une masse abdominale connue depuis longtemps et qui en l'absence de signes urinaires majeurs n'évoque pas le diagnostic de globe vésical.

Les malades de nos observations 2 et 7 présentaient une volumineuse masse abdominale qui avait été étiquetée kyste du mésocolon ascendant pour l'un, kyste du mésentère pour l'autre.

A noter aussi que le malade de l'observation n° 6 présentait une volumineuse hydronéphrose gauche qui avait été diagnostiquée splénomégalie.

Enfin parmi les signes extra-urinaires il faut remarquer l'oedème des membres inférieurs des malades de l'observation 2 et 7. Cet oedème dû à une compression des vaisseaux iliaques par le globe vésical a été noté plusieurs fois (WOLFROMM - ULYANIN - CARLSSON - YOUNG).

B - LES SIGNES URINAIRES

Ceux-ci n'ont rien de spécifique et sont soit en rapport avec un obstacle cervico-prostatif (dysurie pollakiurie) soit avec l'infection urinaire.

Notons cependant l'incontinence nocturne du malade de l'observation n° 4, incontinence remontant à l'enfance. Il s'agissait vraisemblablement de miction par regorgement.

Un signe cependant peut paraître plus particulier aux mégavessies (obs n° 3) c'est la diminution ou l'absence de la sensation du besoin d'uriner, signe que l'on peut expliquer par la diminution de la sensibilité proprioceptive de ces vessies.

Nous rapporterons pour son intérêt anecdotique le cas d'un malade de FISH qui était venu consulter parce que sa femme trouvait qu'il n'urinait pas aussi souvent que ses amis.

Nous n'avons retrouvé dans aucune de nos observations une augmentation entre l'intervalle des mictions ou des mictions particulièrement abondantes.

C - LES EXAMENS RADIOLOGIQUES

Deux examens sont nécessaires :

- une urographie intraveineuse
- une ureterographie rétrograde.

L'urographie intraveineuse :

montre l'état du haut appareil urinaire, normal ou ureterohydronéphrose. Dans nos observations nous ne trouvons qu'une urétérohydronéphrose bilatérale (obs. n° 2) et une unilatérale (obs n° 6). Pour les autres observations la fonction rénale était normale.

L'hypothèse avancée pour expliquer cette distension urétéro-rénale est double :

- a) Etranglement de l'uretère intra-mural
- b) Compression des uretères par le globe vésical.

La cystographie rétrograde montre tout d'abord l'immense vessie. Le cliché mictionnel donne une idée de l'état du col vésical.

D - LA CYSTOMETRIE

Elle n'a pas été faite systématiquement dans nos observations.
Dans l'observation n° 5 la cystométrie montre une vessie de grande capacité de 3 l légèrement hypotonique.

Les constatations des différents auteurs qui s'y sont intéressés sont identiques (STEWART - JOHNSON - FISH - FITZPATRIK). Son gros intérêt est de montrer en post-opératoire la diminution de la capacité et une augmentation de la tonicité.

TRUC et LEVALLLOIS se sont servi de la cystometrie pour définir deux sortes de mégavessies :

- les vessies hypotoniques mais normosensibles
- les vessies normotoniques mais hyposensibles.

E - LE FONCTIONNEMENT RENAL

Il semble peu altéré par le développement de ces vessies de grande capacité.

Les clearances de l'urée et de la créatinine étaient normales dans la majorité de nos observations. Diminuées dans l'observation n° 2 et 7.

Le malade de l'observation n° 2 présentait une urétérohydronéphrose bilatérale.

Le malade de l'observation n° 7 présentait aussi un retentissement rénal bilatéral.

Le malade de l'observation n° 6 présentait une urétérohydronéphrose gauche isolée contenant 4,5 litres et un rein droit dont les cavités excentrées étaient dilatées mais beaucoup moins.

Cette urétérohydronéphrose semble être la complication la plus importante des mégavessies. Il ne faut pas les comparer aux mégauretères des mégavessies de l'enfant. En effet dans ces vessies de l'adulte il n'y a

pas de reflux. Ce retentissement urétéro-rénal est secondaire à la mégavessie.

F - DISCUSSION

Ainsi le diagnostic de mégavessie se présente sous des aspects différents :

- I) Grosse masse abdominale dont le diagnostic erre un certain temps
- 2) Découverte systématique lors d'une UIV pour des troubles urinaires mineurs.
- 3) Persistance d'un très grand résidu après adénomectomie ou résection endoscopique.

Il est à noter cependant qu'en l'absence d'une pyurie massive les troubles cliniques urinaires sont peu marqués.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

I - ANATOMIE MACROSCOPIQUE

Lors de l'intervention la vessie apparaît comme étant de grande taille, se disséquant facilement des tissus voisins.

L'épaisseur de la paroi est variable.

Une fois (obs n° 3) la paroi vésicale était extrêmement mince, fine, translucide. Elle mesurait sur la pièce 5 à 8 mm d'épaisseur.

Dans cinq cas la paroi vésicale était épaisse, voire très épaisse (2 à 3 cm).

Une fois enfin (obs n° 5) l'épaisseur n'était pas la même sur toute les faces de la vessie.

- la paroi antérieure était épaisse
- la paroi postérieure était mince.

Cela correspondait à 2 aspects histologiques différents.

Ces constatations correspondent à celles de la majorité des auteurs. Une observation de JOHNSON retrouve les mêmes différences d'épaisseurs selon les parois, mais c'était la paroi antérieure qui était mince et la paroi postérieure épaisse.

II - HISTOLOGIE

Dans une de nos observations la paroi vésicale était presque normale, les alterations histologiques étaient minimales (obs n° 3).

Dans tous les autres cas il existait des lésions importantes. Ces lésions portent avant tout sur la musculature. Il s'agit d'une sclérose importante qui altère toute la musculature. Celle-ci est répartie de deux manières différentes: soit que la fibrose détruit et remplace toutes les fibres musculaires; soit qu'elle isole des îlots de fibres musculaires normales. L'observation n° 5 présentait une paroi antérieure épaisse et une paroi postérieure plus fine. Or la paroi antérieure présentait un aspect histologique normal et la paroi postérieure présentait une musculature très mutilée réduite à quelques fibres dispersées dans une sclérose collagène. La zone de transition ne présentait une sclérose que dans sa couche interne. On retrouve de la même manière une prédominance des lésions de fibrose sur la couche interne dans l'observation n° 6.

Quant à l'existence de lésions des plexus nerveux, toutes les fois où celles-ci ont été recherchées par des colorations spéciales il n'a été trouvé aucune anomalie.

Les différents auteurs qui ont signalé l'histologie de la paroi vésicale des pièces de cystectomie de réduction signalent les mêmes lésions.

Nous avons relevé seulement 17 cas où l'histologie de la paroi vésicale était qualifiée de normale. 4 cas de FISH, 1 cas de HOUTAPPEL sur 13 cystectomies, 1 cas de JOHNSON et 11 cas de CREEVY.

Dans toutes les autres publications (MUELLNER, FITZPATRIK, JOHNSON) la paroi vésicale présente le même aspect de sclérose. L'observation de malade de JOHNSON dont la paroi vésicale était d'inégale épaisseur présentait les mêmes anomalies que les nôtres: partie épaisse, presque normale, partie plus mince très scléreuse.

Pour les lésions des plexus intramuraux aucune anomalie n'est jamais retrouvée. SVENSON quand il décrit ses vessies aparasymphatiques parle de l'enfant. TRAFFORD en comptant les cellules nerveuses trouve qu'il en existe beaucoup moins par champs microscopique que dans les vessies normales.

3 - Discussion

Cet aspect scléreux de la paroi vésicale est intéressant car on le rend responsable de la perte de contraction du detrusor . Mais cette fibrose n'a rien de spécifique et amène quelques réflexions. La fibrose n'est qu'un élément réactionnel d'un organe creux ou plein à un autre phénomène inflammatoire ou dégénératif.

Il est donc tout à fait normal que la vessie distendue sur un obstacle présente ce type de lésion au niveau de la musculuse. Nous avons fait des biopsies de vessies hypertoniques avec diverticule chez des malades présentant des adénomes prostatiques et nous avons retrouvé les mêmes lésions. Cette fibrose peut très bien être aussi réactionnelle à des lésions de cystite intenses. Deux de nos observations présentaient de telles lésions muqueuses. Le problème qui se pose cependant est de savoir si cette fibrose remplace une musculuse normale ou absente ou pathologique. BURKE en étudiant le syndrome dit du ventre en pruneaux, syndrome plurimalformatif congénital, trouve ce même type de lésions de fibrose sans fibre musculaire normale. Si tout porte à croire que dans la vessie distendue la paroi vésicale était normale avant il n'en est pas de même dans les mégavessies idiopathiques. L'observation n° 5 est intéressante à ce sujet il existe un aspect histologique différent suivant les parois. Elle peut traduire un processus évolutif de destruction de la musculuse.

Enfin cet aspect ne peut-être comparé à celui d'un diverticule vésical. En effet nous avons étudié des coupes histologiques de diverticules vésicaux. La paroi de ces diverticules ne ressemble pas du tout à celle de ces mégavessies. Paroi très fine pour les diverticules sans fibres musculaires celles-ci sont concentrées au niveau du collet.

Enfin la théorie de TRAFFORD qui a compté les cellules nerveuses par champs microscopique peut être sérieusement mise en doute. En effet au fur et à mesure que la vessie se distend le nombre des cellules nerveuses n'augmente pas et il est normal d'en retrouver moins par champs microscopique.

PHYSIOPATHOLOGIE ET PATHOGENIE

I - RAPPEL ANATOMIQUE ET PHYSIOLOGIQUE

Nous ne rappellerons que quelques points importants de l'anatomie et de la physiologie de la vessie normale.

A - ANATOMIE

a) Classiquement on décrit la musculature lisse vésicale formée de 3 couches : longitudinale externe, circulaire moyenne, plexiforme interne où prédominent les fibres longitudinales.

Les auteurs modernes (GIL VERNET, HUNTER) au contraire ont montré que le detrusor est constitué par un ensemble de fibres intriquées qui divergent à partir de leur base d'implantation fixe au niveau de la région péri-cervicale. Les fibres musculaires lisses sont tissées en réseau. De la même manière le sphincter interne de l'urèthre a été remarquablement décrit par GIL VERNET. L'intérêt de cette étude est que la musculature lisse vésico-urétrale n'est en définitive que le prolongement au niveau de l'urèthre des fibres du détrusor. Quelle que soit l'origine de ces fibres superficielles ou profondes elles se répandent en spirales sur le conduit urétral en formant un étui dense autour de l'urèthre sus-montanal et membraneux.

b) L'innervation vésicale intrinsèque (centre intra-vésical, plexus intra-muraux ou système métasympathique de GIL VERNET). Cette innervation intrinsèque existe au niveau de la paroi vésicale. Néanmoins beaucoup de points restent encore obscurs quant à leur rôle et leur nature. Elles sont représentées par des cellules ganglionnaires dont le cylindraxe s'épaissit dans les fibres musculaires.

B - PHYSIOLOGIE VESICALE

La miction normale va résulter d'un double mécanisme musculaire et nerveux.

I) La composante musculaire : c'est l'action du muscle detrusor

a) L'ouverture du col :

Pour GIL VERNET l'ouverture du col s'effectue par contraction des fibres cervicales dilatatrices et relachement synergique des fibres antagonistes constrictives.

Pour NESBIT et LAPIDES le col s'ouvre par suite de contraction des fibres du detrusor intriquées avec les fibres du sphincter lisses qui entraînent le raccourcissement des fibres musculaires et par conséquent l'ouverture du col.

b) La vidange de la vessie :

En se contractant la vessie prend une forme sphérique et expulse toute l'urine qu'elle contient.

c) L'arrêt de la miction :

Est provoquée par la contraction des muscles du périnée qui propulse les dernières gouttes d'urine contenues dans l'urèthre.

II) La composante nerveuse :

C'est tout d'abord la sensation du besoin d'uriner qui représente la sensibilité vésicale proprioceptive. Ce besoin apparait chez un sujet normal pour un volume urinaire voisin de la capacité physiologique. C'est ensuite un premier stade volontaire de déclenchement de la miction puis involontaire de vidange de la vessie.

II - PATHOGENIE

Il est classique de classer les mégavessies en vessies neurologiques, mégavessie sur obstacle et mégavessie congénitale. Nous avons volontairement éliminé de cette étude les vessies neurologiques par paralysie extrinsèque du détrusor parmi lesquelles nous plaçons les vessies tabétiques et diabétiques. La physiopathogénie des autres mégavessies est assez complexe et nous allons voir les différentes hypothèses.

A - Les vessies distendues ou vessies décompensées ou vessies atones. Ce sont des vessies sur obstacles. Le premier élément est un obstacle cervico-prostatique, le second est la distension vésicale qu'entraîne cet obstacle par rétention d'urine. Le troisième est l'atonie de la musculature décompensée par une surdistension prolongée. Nous avons vu lors du chapitre histologique l'importance de la sclérose dans de telle paroi vésicale avec disparition plus ou moins complète des fibres musculaires. GIL VERNET d'ailleurs considère qu'il existe deux phénomènes qui expliquent le résidu important. Tout d'abord une diminution de la pression intravésicale (ce que confirment les études cystométriques de ces vessies atones) ensiote une ouverture insuffisante de l'urèthre membraneux en raison de la débilité des fibres dilatatrices vésico-uréthrales dépendantes du detrusor, MUELLNER a comparé les 2/3 supérieurs de ces vessies à des grandes diverticules.

B - Les vessies myoneurogéniques

FITZPATRIK et ORR font intervenir d'autres éléments. Il font remarquer que l'obstacle cervico-prostatique est souvent peu important et qu'en général les vessies sur obstacle sont plus volontiers des vessies à cellules et à colonnes. Ils proposent donc une autre hypothèse pathogénique. Ils se basent pour cela sur les travaux de MAC LELLAN qui a disséqué et excisé tous les ganglions intra-muraux de vessie de chat et a obtenu ainsi une atonie complète. Ils considèrent donc que la surdistension prolongée de la vessie entraîne à la fois une lésion musculaire et une lésion nerveuse par dissociation des plexus intra-muraux.

Nous rapprocherons de cette conception pathogénique la théorie de SVENSON des vessies aparasympathiques par absences de plexus ganglionnaires vésicaux. D'autres auteurs (ASCH) ont émis l'hypothèse de lésions au niveau des ganglions parasympathiques voire du plexus hypogastrique (THOMSON

C - La vessie myogénique

D'autres auteurs enfin (HOUTAPPEL - ZOEDLER) voient dans ces vessies une altération des fibres musculaires elles-mêmes.

D - TRUC et LEVALLOIS sans chercher à émettre des hypothèses pathogéniques ont par la cystométrie défini deux sortes de grandes vessies, mais précisons qu'il s'agit de vessie sans résidu qu'ils ont découvert chez l'homme jeune.

I.- Les grandes vessies insensibles à peu près normotoniques :

Vessies de grandes capacités dont la sensibilité et tout particulièrement le besoin d'uriner n'apparaît que pour des pressions égales ou supérieures à 20 cm d'eau.

2.- Les grandes vessies hypotoniques a peu près normosensibles

Vessie de grande capacité mais qui se laisse distendre sous basse pression. Celle-ci reste inférieure à 10 cm d'eau.

E - Discussion :

Nous venons de voir les différentes hypothèses avancées sur l'origine de ces mégavessies. En fonction de nos observations nous allons donner une classification de ces vessies de grande capacité de l'adulte.

I.- Les vessies neurologiques :

Vessies de grandes capacités dont la lésion responsable est un trouble de l'innervation vésicale extrinsèque de la vessie et par conséquent une perte de la sensibilité et de la force musculaire du detrusor. Nous rattacherons à cette catégorie les vessies tabétiques et diabétiques.

2.- Les vessies sur obstacle cervico-prostatique :

Il s'agit de vessie de distendu chronique. Nous classons dans cette catégorie nos observations I et 7. En faveur de cette hypothèse l'existence de troubles urinaires apparus progressivement et surtout le fait que l'obstacle cervical a été vérifié et était important. Nous avons vu pour ces vessies l'existence d'une sclérose des fibres musculaires du detrusor et des fibres sphinctériennes.

3.- Les mégavessies idiopathiques :

Nous rangerons dans cette catégorie nos autres observations. Elle regroupe les vessies myoneurogéniques ou myogéniques. Elles se caractérisent par la découverte à l'âge adulte d'une vessie de grande capacité avec un grand résidu (plus d'un litre). En dehors d'une infection urinaire les troubles cliniques sont peu marqués. Le retentissement sur le haut appareil est variable soit fonction rénale normale soit uretero hydronephroses uni ou bilatérales. Son origine peut-être congénitale ou acquise.

Nous retiendrons en faveur d'une origine congénitale l'existence d'une masse abdominale remontant à l'enfance, des troubles urinaires dans l'enfance.

En faveur d'une origine acquise la découverte à l'âge adulte sans aucun antécédent.

Le col vésical peut être normal ou présenter un obstacle toujours peu important. Adénome ou sclérose du col. Cet obstacle cervico-prostatique ne doit pas faire considérer ces vessies comme des vessies distendues. En effet cet obstacle est responsable par les signes cliniques qu'il entraîne de la découverte de la mégavessie mais n'en est pas la cause. C'est l'élément qui favorise le déséquilibre forcé du detrusor - résistance urétrale.

Quant à la pathogénie exacte de ces vessies nous en sommes réduits à des hypothèses sachant qu'aucune n'est satisfaisante. Lésions nerveuses

ou musculaires. Il est vraisemblable qu'elles sont intriquées. L'observation n° 3 montre une vessie sans obstacle cervical, la paroi vésicale était histologiquement normale. A l'opposé l'observation n° 5 était une vessie sans obstacle dont la paroi postérieure était fibreuse. S'agit-il de la traduction d'un phénomène dégénératif du muscle lisse ?

LES TECHNIQUES

Un certain nombre de techniques ont été proposées ces dernières années. Nous allons les passer en revue puis voir celle qui a été utilisée dans le service du Professeur ABOULKER et du Professeur KUSS.

A - TECHNIQUE DE GREGOIR

Cette technique qui est assez complexe. Elle est basée sur le souci de ne pas enlever de muscle vésical et par conséquent de recouvrir la nouvelle vessie par un lambeau de détrusor dépourvu de sa muqueuse.

Pour cela après avoir extrapéritoniser la vessie, on découpe un lambeau en forme d'U auquel sont adjointes deux branches latérales. Ce lambeau comprend donc la culotte et toute la paroi postérieure de la vessie. La muqueuse qui recouvre ce lambeau postérieur est alors enlevée. Le lambeau antérieur comprend la face antérieure de la vessie et une partie des faces latérales. Les bords de ce lambeau antérieur sont suturés au catgut serti à la ligne de réflexion de l'ablation de la muqueuse sur le lambeau postérieur. Ceci forme alors une petite vessie de 300 cc environ. Le grand lambeau postérieur est alors appliqué sur la face superficielle de cette petite vessie et suturé de telle sorte qu'il englobe complètement la vessie. Ainsi la vessie présente une double épaisseur de musculature.

De cette technique en sont dérivées 2 autres :

a) Taille antéro-postérieure de la vessie, formant ainsi 2 valves latérales dont l'une est dépourvue de sa muqueuse et est destinée à recouvrir la précédente. Technique utilisée aussi par ZOEDLER.

b) VANWELKENHUYZEN emploie une incision frontale de façon à former une valve antérieure et une postérieure.

- La technique n° 1 a été employée 6 fois par GREGOIR

- La technique n° 2 une fois par GREGOIR et une fois par ZOEDLER, une fois par BRENEZ.

- La technique n° 3 deux fois par son auteur.

B - TECHNIQUE DE HAMILTON STEWART

Décrite en 1966, cette technique présente comme originalité de ne pas comporter de résection de la paroi vésicale. La réduction de volume vésical est obtenue par invagination du dôme vésical à l'intérieur de la vessie. Un autre point intéressant est que cette technique a été surtout utilisée pour des vessies distendues avec obstacle par adénome prostatique et les deux interventions sont faites en un seul temps.

Technique :

- Médiane sus-pubienne
- Ponction-suspension de la vessie à 2 cm au-dessous du pubis.
- Exploration au doigt de la cavité vésicale
- Extraperitonisation de la vessie en laissant au contact de la vessie le péritoine vésical
- Fermeture de la grande cavité péritonéale
- Préparation de l'invagination en faufilant suivant l'axe transversal de la vessie 5 à 7 fils de catgut chromé 00 qui seront fermés ultérieurement en bourse.
- Adénomectomie transvésicale et mise en place d'une sonde de FOLEY n° 22 à double courant.
- Invagination du dôme de la vessie en serrant les bourses de catgut les unes après les autres et l'on peut vérifier par l'ouverture vésicale que le dôme est en contact avec la base de la vessie.
- Fermeture de la vessie.

Soins post-opératoires. La sonde est laissée 10 à 12 jours.

Cette technique a été employée 28 fois par son auteur.

C - TECHNIQUE DE BARTINA

A la résection vésicale, l'auteur adjoint un soutènement des parois latérales par des lambeaux musculo-aponévrotiques.

- déperitonisation totale de la vessie
- resection de la coupole vésicale
- fermeture en 2 plans de la vessie
- sur les bords de la plaie musculaire on découpe deux lambeaux musculo-aponévrotiques pédiculés sur le pubis
- ceux-ci sont croisés et fixés à la face postérieure de la vessie par du fil non résorbable.
- on ajoute de plus une fixation de la calotte vésicale à la paroi musculaire antérieure.

L'auteur rapporte un cas.

D - TECHNIQUE EMPLOYEE DANS NOS OBSERVATIONS

Les techniques dites en paletot ont donné d'excellents résultats dans les mains de leurs auteurs. Satisfaisantes sur le plan théorique, on peut leur reprocher une certaine complexité. GREGOIR reconnaît lui-même que la dissection muqueuse est extrêmement difficile dans les mégavessies sur obstacle.

La technique de STEWART semble elle aussi assez difficile à réaliser. C'est pourquoi nous allons décrire une technique qui nous paraît beaucoup plus simple.

Il s'agit d'une cystectomie partielle de la partie supérieure de la vessie :

- Médiane sous-ombilicale.

- Extra-péritonisation de la vessie. La vessie se décolle en général assez facilement du péritoine. Cependant on peut laisser sur le dôme vésical une collerette de péritoine. Celui-ci étant immédiatement refermé en bourse.

- Puis ligature des pédicules vésicaux supérieurs latéralement.

- Il est parfois nécessaire de lier les pédicules vésicaux inférieurs.

- Dès lors la vessie est complètement libérée.

- On pratique la cystectomie partielle en enlevant autant de paroi vésicale qu'il faut pour laisser une vessie de 250 à 300 cc de capacité.

- Vérification de l'état du col et cure éventuelle d'une lésion. cervico-prostatique.

- Fermeture de la vessie en 1 ou 2 plans au catgut.

- La sonde vésicale est laissée 12 à 14 jours.

Cette technique est extrêmement simple. Employée pour la première fois par ORR en 1937, c'est elle qui est utilisée le plus souvent dans la littérature.

RESULTATS

Nous allons étudier successivement les résultats des cystectomies de réduction de nos observations et des observations recueillies dans la littérature.

Pour apprécier ces résultats post-opératoires nous avons tenu compte de l'importance du résidu, des troubles fonctionnels, de l'infection urinaire, de l'état de la fonction rénale.

Nous considérons comme un bon résultat l'absence de résidu ou un résidu minime, l'absence de troubles fonctionnels, l'absence d'infection minime, une fonction rénale stable ou améliorée.

La difficulté cependant dans l'appréciation des résultats est de séparer ce qui revient à la cystectomie de réduction et ce qui revient à l'acte chirurgical sur l'obstacle cervico-prostatique (résection - divulsion - adénomectomie). Nous avons cependant 2 observations où le col était normal et où il ne fut rien tenté sur celui-ci.

I - Sur nos 7 observations, 5 peuvent être classées comme bons résultats :

Observation n° I

Divulsion puis cystectomie de réduction.

Recul : 18 mois :

- disparition des troubles fonctionnels
- pas d'incontinence
- fonction rénale normale
- résidu 300 cc.

Observation n° 2

Cystectomie de réduction + Hrynochak.

Recul : 12 mois :

- pas de troubles fonctionnels
- pas de résidu
- urines stériles
- l'incontinence post-opératoire a disparu
- fonction rénale améliorée.

Observation n° 3

Cystectomie de réduction seule.

Recul : 4 ans :

- pas de résidu
- pas de troubles fonctionnels
- pas d'incontinence
- urines stériles
- fonction rénale normale.

Observation n° 5

Cystectomie partielle seule.

Recul : 2 mois :

- résidu: 150 cc
- pas de troubles fonctionnels
- urines stériles
- fonction rénale normale.

Observation n° 6

Dévulsion + cystectomie de réduction.

Recul : 1 mois $\frac{1}{2}$.

- pas de résidu
- pas d'incontinence
- urine normalement.

A l'opposé 2 observations présentent de mauvais résultats :

Observation n° 4

Résection endoscopique du col vésical puis cystectomie de réduction

Recul : 3 ans $\frac{1}{2}$:

- résidu minime 50 cc
- urines très infectées
- incontinence nocturne
- besoin d'uriner faiblement ressenti.

Observation n° 7

3 résections endoscopiques puis cystectomie partielle puis nouvelle résection endoscopique

Recul : 3 ans $\frac{1}{2}$.

- résidu 150 cc
- urines infectées
- incontinence totale.

II - RESULTATS PUBLIES DANS LA LITTERATURE

Nous avons relevé dans la littérature 88 cas de cystectomie de réduction, chez l'adulte, pour vessie de grande capacité.

Parmi celle-ci la grande majorité (65 cas) peuvent être classées vessies distendues sur obstacle.

IO cas vessies neurologiques.

II cas vessies idiopathiques.

Malheureusement il manque souvent dans les publications des renseignements qui permettent de discuter les résultats. Aussi n'avons-nous retenu que les cas où il était possible d'analyser les résultats en éliminant les vessies neurologiques et en éliminant aussi les vessies dont le résidu préopératoire nous paraissait trop peu important.

a) CREEVY, 5 cas :

Tous classés hypotonie primaire.

Il s'agit de 5 femmes avec des vessies de grande capacité sans obstacle cervical; dans tous les cas sauf une cystectomie de réduction plus plastie du col vésical.

Résultats :

4 bons résultats

1 échec.

Il note cependant dans les bons résultats une incontinence qui a été très longue à disparaître.

B) HOUTAPPEL, 13 cas :

- 2 cas sans obstacle cervical

- 7 cas avec adénome prostatique

- 4 cas avec sclérose du col.

Tous les malades ont subi dans un premier temps une résection trans-urétrale.

Résultats :

- bons résultats : 9 cas

- améliorations : 2 cas

- échec : 1 cas.

Nous remarquons que cet auteur a eu 4 incontinenances (1 à la toux, 3 nocturnes mais peu importantes) et que les résultats moyen et mauvais ont été obtenus chez des malades dont les urines étaient très infectées.

C) ROMETTI.

4 cas de vessies distendues sur obstacle.

Dans un premier temps résection du col puis cystectomie partielle.

4 bons résultats.

D) GREGOIR :

2 cas de vessies distendues sur obstacles (I sclérose du col, I adénome prostatique) : 2 bons résultats. A noter cependant une incontinence nocturne.

E) VANWEL ~~VEN~~HYUSEN :

I vessie idiopathique

I bon résultat.

F) ZOEDLER

I vessie idiopathique

I bon résultat.

III - DISCUSSION DES RESULTATS

Il faut remarquer tout d'abord que dans la majorité des cas les malades ont subi 2 interventions : une cystectomie de réduction précédée d'un geste chirurgical sur le col vésical. 2 de nos observations et I de CREEVY ne comportaient qu'une cystectomie de réduction.

A - L'INCONTINENCE

Nous remarquons que c'est la complication la plus fréquente.

- 5 de nos malades

- I GREGOIR

- 4 HOUTTAPEL

- I CREEVY

et maintes discussions.

Dans l'observation n° 7 :

L'incontinence (incontinence totale) est apparue après une résection trans uréthrale qui a suivi de plusieurs mois la cystectomie de réduction.

Il paraît donc difficile d'en donner la seule responsabilité à la cystectomie de réduction.

A l'opposé les autres cas sont apparus à l'ablation de la sonde après cystectomie de réduction :

- dans l'observation n° 2 d'abord nocturne elle persiste, réduite à quelques gouttes pendant quelques mois de manière irrégulière en fonction des variations de température et de son état intestinal.

- dans les observations 5 et 6 elle apparaît en post-opératoire, demeurant d'abord nocturnes, diminuant rapidement et avait presque disparue à la sortie du malade. Nous manquons de recul pour apprécier cette disparition.

- dans l'observation n° 4 : totale en post-opératoire, le malade ne ressent le besoin d'uriner qu'un mois après l'intervention. L'incontinence s'améliore et ne persiste que la nuit 3 ans après l'intervention.

Le cas de GREGOIR :

Homme qui a subi une adénomectomie, puis résection transurétrale et enfin cystectomie de réduction. Dans les suites post-opératoires apparaît une incontinence surtout nocturne, peu importante, ne nécessitant pas le port d'une pince à verge.

HOUTTAPEL : note 4 incontinenances post-opératoires :

- Incontinence à la toux chez une femme de 65 ans persistant 3 ans $\frac{1}{2}$ après l'intervention. Il n'y avait pas d'obstacle cervical, résection + cystectomie de réduction.

- Incontinence nocturne intermittente persistant 19 mois après l'intervention chez un homme de 76 ans. Sclérose du col.

- Incontinence nocturne 13 mois après l'intervention, intermittente, chez un homme de 32 ans. Cystectomie de réduction + résection transurétrale. Pas d'obstacle cervical.

- Incontinence nocturne I an après l'intervention peu importante.
Homme de 72 ans. Adénomectomie + cystectomie de réduction.

L'observation de CREEVY :

Femme de 67 ans. Plastie du col vésical + cystectomie de réduction.
Incontinence totale à l'ablation de la sonde. Celle-ci disparaît lentement
et de longs mois plus tard.

L'incontinence semble donc être la complication majeure de la cystec-
tomie de réduction même quand celle-ci donne un bon résultat et que le
résidu a pratiquement disparu.

Bien souvent peu marquée et ne gênant en rien la vie du malade,
réduite à quelques gouttes nocturnes et survenant de manière inter-
mittente, c'est le cas de nos observations n° 2-5-6 et de trois observa-
tions de HOUTAPPEL

Elle peut être plus grave.

Obs. n° 4, une observation de HOUTAPPEL.

A quoi est dû cette incontinence ? Ces vessies ont une sensibilité
proprioceptive diminuée et retrouvent après la cystectomie de réduction
une pression intravésicale supérieure et une force de chasse du détrusor supé-
rieure ainsi que le montrent les études cystométriques. Or la résistance uré-
trale est soit inchangée soit diminuée.

B - LA PYURIE

Dans 2 de nos observations (4 et 7) où les urines étaient très infec-
tées avant l'intervention ces urines sont restées très infectées après
l'intervention.

Parmi les observations de HOUTAPPEL les résultats qu'il classe moyens
et mauvais concernent des malades dont les urines étaient purulentes. L'un
d'eux ayant même dû être mis en cystectomie définitive.

C - LE RESIDU

Le résidu persistant après cystectomie de réduction est variable. Il atteint 300 g un an $\frac{1}{2}$ après l'intervention dans l'observation n° 1, 100 g dans l'observation n° 4, 150 g dans l'observation n° 7. Il semble peu gênant en l'absence d'infection urinaire.

HOUTAPPEL arrive aux mêmes conclusions. Dans ses 13 observations le résidu varie de 0 à 150 ml en post-opératoire, il semble là aussi plus important chez les malades ayant une importante infection urinaire.

D - LA STABILITE DU RESULTAT

Deux observations, les n° 5 et n° 6 sont trop récentes.

Les observations n° 1-2-3 ont un recul allant de 18 mois à 4 ans. Le bon résultat post-opératoire s'est maintenu. Il faut noter cependant que le malade de l'observation n° 1 a vu son résidu augmenter de 60 à 300 ml.

HOUTAPPEL qui a revu ses malades après plusieurs années obtient les mêmes résultats. Il note aussi une certaine augmentation du résidu au cours des années surtout chez les malades ayant des urines infectées. Un de ses malades est passé de 80 à 500 ml.

INDICATIONS

Les résultats des observations que nous venons d'étudier montrent que la cystectomie de réduction donne dans la majorité des cas de bons résultats.

Nous avons limité notre étude aux vessies dont le résidu dépassait 1000 cc. Le problème est de savoir si les résultats justifient l'indication de cystectomie de réduction et dans quels cas : l'indication est difficile à poser compte tenu :

- de la difficulté de classer les mégavessies en fonction de leur étiologie;

- du fait que dans beaucoup de cas l'acte opératoire comprend 2 temps : un geste sur le col, un geste sur la vessie.

I - VESSIE DE GRANDE CAPACITE SUR OBSTACLE

Il faut d'abord admettre qu'il est difficile d'affirmer de manière absolue ce diagnostic étant donné que rien ne prouve que la paroi vésicale était entièrement saine avant le développement de l'obstacle cervical.

Néanmoins nous pouvons proposer le schéma thérapeutique suivant :

- a) Cure de l'obstacle cervico-prostatique.

- b) Si le résidu reste important vérification de l'absence d'obstacle résiduel par uréthro-cystoscopie. Pour beaucoup d'auteurs c'est dès lors l'indication de la pose d'une sonde à demeure qui peut être gardée plusieurs mois si c'est nécessaire. En effet ce drainage vésical suffirait

dans de nombreux cas à redonner à la vessie une capacité moindre et un plus grand tonus musculaire.

c) Cystectomie de réduction si on n'obtient aucune amélioration avec la sonde à demeure.

II - VESSIE DE GRANDE CAPACITE IDIOPATHIQUE

Le problème est un peu différent dans la mesure où il n'existe pas obligatoirement un obstacle cervical et que de toute façon cet obstacle n'est pas la cause de la mégavessie.

Il semble dès lors logique si l'histoire clinique et les examens préopératoires orientent vers le diagnostic de mégavessie idiopathique de ne faire qu'un temps opératoire, l'obstacle cervical étant éventuellement traité en fonction des constatations faites lors de l'exploration. C'est ce qui a été fait dans quatre de nos observations.

Cette opinion n'est pas partagée par tous les auteurs. ELLIOT considère que la prostatectomie par voie transurétrale suffit.

HOUTAPPEL a toujours fait dans un premier temps une résection transurétrale du col, CREEVY une plastie du col chez la femme.

HAMILTON STEWART dans les vessies sur obstacle fait dans le même temps opératoire l'ablation de l'obstacle et la cystectomie de réduction.

Néanmoins quel que soit le type de mégavessie il semble préférable de ne pas pratiquer de cystectomie de réduction quand il existe des urines très infectées. C'est dans ces cas que nous avons obtenu de mauvais résultats. Nous avons d'ailleurs émis l'hypothèse que les lésions de cystite pourraient entraîner une fibrose de la musculature vésicale.

Il nous reste enfin à poser le problème de la justification de l'intervention. Faut-il opérer ces malades ? La vessie de grande capacité semble bien supportée. Sur le plan fonctionnel les troubles sont peu marqués en dehors d'accidents de rétentions aiguës et d'infection urinaire,

le fonctionnement rénal est parfois normal, rarement très atteint.

Le fait le plus important à considérer pour décider l'intervention est qu'il s'agit d'une maladie évolutive qui n'a aucune tendance à régresser spontanément. Le malade de l'observation n° 5 a vu ses troubles fonctionnels s'accroître en quelques mois pour aboutir à une rétention aigue. FISCH a suivi un malade pendant 10 ans. Il présentait au début une vessie de 1300 cc de capacité sans troubles fonctionnels. 10 ans plus tard la vessie avait un résidu de 5000 cc et le malade souffrait depuis quelques mois de pollakiurie, de mictions impérieuses.

Le second élément qui encourage à opérer ces malades est que l'intervention est suivie le plus souvent d'un bon résultat avec disparition des troubles fonctionnels même en l'absence d'obstacle cervical.

CONCLUSIONS

L'étude des 7 observations de cystectomie de réduction pour des vessies de grandes capacités ainsi que l'analyse des observations publiées dans la littérature nous permet d'apporter quelques conclusions.

1.- Sur le plan nosologique :

Il nous paraît logique d'utiliser le terme de vessie de grande capacité ou mégavessie pour des vessies dont la capacité chez l'adulte en dehors de période de rétention aiguë, dépasse 1000 cc, chiffre fixé arbitrairement.

2.- Sur le plan anatomo-pathologique :

La paroi vésicale de la majorité de ces vessies présente au niveau de la musculature vésicale des lésions majeures. Le tissu musculaire est remplacé par un tissu fibreux.

Ces lésions peuvent être causées par la distention vésicale mais aussi par une maladie propre au détrusor.

3.- Sur le plan pathogénique :

Nous avons vu que les hypothèses émises sur l'origine de ces vessies étaient nombreuses et qu'il s'agissait vraisemblablement de lésions mixtes.

Cela nous a permis de donner une classification des vessies de grande capacité de l'adulte en fonction de leur pathogénie :

- a) les vessies neurologiques
- b) les vessies distendues sur obstacle
- c) les vessies idiopathiques congénitales ou acquises

4.- Sur le plan des techniques opératoires :

Nous avons vu qu'il existait plusieurs techniques opératoires de cystectomie de réduction. Celle qui a été employée dans le Service du Professeur ABOLKER et dans toutes nos observations : cystectomie partielle du dôme vésical, a l'avantage de sa simplicité et donne les mêmes résultats.

5.- Sur le plan des indications opératoires :

Il semble légitime, compte-tenu des résultats, de pratiquer la cystectomie de réduction à condition que le résidu soit important (1000 cc ou plus) qu'il persiste après la levée d'un éventuel obstacle correctement traité et que les lésions de cystite ne soient pas majeures.

En l'absence d'obstacle, la cystectomie peut être employée seule.

6.- Sur le plan des résultats :

La cystectomie de réduction donne de bons résultats.

Le résidu est minime ou nul.

Les signes fonctionnels disparaissent.

La fonction rénale s'améliore.

La complication la plus importante semble être l'incontinence.

Incontinence surtout nocturne dont la pathogénie exacte n'est pas éclaircie.

Vu, le Président de Thèse :

Vu, le Doyen de la Faculté :

Professeur ABOULKER

Professeur G. BROUET

Vu et Permis d'Imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris

G. MALLET

BIBLIOGRAPHIE

ASCH P.

Die Erkrankungen der Blasen muskulatur.
Deut. Med. Wochenschr. 35, 1293, 1909.

BARTRINA

New Surgical technic in the treatment of megalobladder.
Acta Urol. Belg. Oct. 1963, 31, 528-544.

BRENEZ J.

L'autoplastie vésicale en paletôt. Traitement de la mégavessie par
l'opération de ZOEDLER.
S. Urol. Juil. Août 1969, 75, n° 7-8, 497-502 (5 fig.)

BURKE

Prune belly syndrom.
Am. J. Dis. Child. 1969, 117 n° 6, 668-672.

CAMEY

Paralysie vésicale secondaire à la chirurgie pelvienne chez la femme.
J. Urol. Juin 1969, 75, n° 6, 426-431.

CARLSSON et GARSTEN P.

Compression des vaisseaux iliaques par dilatation de la vessie : I cas
Acta Radiol. Juin 1960, 53, n° 6, 449-453.

CRABTREE and MUELLNER

Bladder in prostatism. An operation for excessive bladder hypertrophy
Journ. Urol. 1948, 60, n° 4, 593-598.

ELLIOT

Traitement de la vessie atone
J. of Urol. Juillet 1955, 74, n° 1, 76-77.

FISH G.W.

Surgery of the dilated bladder.
J. Urol. 63 : 802, 1950.

GIL-VERNET

Physiologie de la miction.
Soc. Internat. d'Urol. XI^e Congrès 1951 2, 191-243.

GOTZEN F.S.

La cystectomie subtotale en tant que traitement de l'atonie (3 cas
opérés).
Urol? 1955, 48, n° 9 577-583.

GRASSET

La cysto-sphinctérométrie
Masson Edit. 1961.

GREGOIR W.

Le traitement chirurgical de la mega vessie. Communication de la Société Belge d'Urologie - 18 Novembre 1967.

GREEVY

La cystectomie partielle pour la vessie hypotonique. Relation de II cas.

J. of Urol. Mars 1956, 75, n° 3, 456-464, Biblio.

HAZIG UL YANIN

Distension de la vessie se manifestant comme un oedème de jambe.
Brit. Med. S. 9 Nov. 1968, 4, n° 5, 627, 369.

HARROW B.R.

Mythe du syndrome méga-vessie
J. of Urol. Août 1967, 98, n° 2, 205 (Bibliogr.)

HOUTAPPEL H.C.E.

Subtotal cystectomy for atonic bladder
Brit. J. Urol. 24 : 222, 1952.

JONSSON G.

La cystectomie subtotale pour la vessie atone.
Acta Chir. Scand. 1956, 112, n° 1, 51-57, Biblio.

JORDA GOSALBEZ P. et Coll.

Megabladder.
Ann Med. (Circ.) Août 1964, 50, 250/8.

KOHLN F.P.

Le traitement de la vessie atone chez les malades chroniques.
Wien Med. 3 Sept. 1960, 110, n° 35, 702-703.

KRETSCHMER H.L. and HECKEL N.J.

Atony of the bladder.
Ann. Surg. 16 : 84, 1932.

LEIBOWITZ S. et O'DONNELL M.B.

La cystométrie dans le syndrome de méga-uretère et mégavessie.
Brit. J. Urol. Déc. 1957, 29, n° 4, 399-402 (Bibliogr.).

MARC R., LE GUIFFANT M. et LE TREUT A.

Mégavessie avec reflux.
J. Radiol. Electrol. Mai 1951, 42, n° 5, 239-240.

MASSIGGANY H.

Mégavessie hydrodynamique.
Zschr. Urol. Avril 1969, 62, n° 4, 269-272 (Bibliogr.).

NESBIT R.M., LAPIDES J.

The physiology of micturation.
Soc. Internat. Urol. XI^e Congrès 1958, I, 106-116.

- ORR L.M.
Management of atonic bladder due to obstruction of vesical neck.
South Med. J. 30 : 519, 1937.
- PAQUIN A.J. Jr, MARSHALL V.F. et Mc GOVERN J.H.
Le syndrome de mégavessie.
J. of Urol. Mai 1960, 83, n° 5, 634-646, 13 fig. (Bibliogr.).
- PAQUIN A.J. Jr, SMITH L.L. et OCHSNER M.G.
Strabisme, dedoublement ureteral et megavessie.
J. of Urol. Fev. 1962, 87, n° 2, 131-133 (Bibliogr.).
- ROUX M.
Monstrueuse mégavessie.
Journ. Hôp. Paris, 14 Avril 1969, 45, n° 18, 1229-1232, 15 fig.
- ROMETTI A., RAYMOND et GERAUD C.
Intérêt des cystectomies partielles dans certaines distensions vésicales.
J. Urol. Avril-Mai 1964, 70, n° 4-5, 279-281.
- SHATTUCK, S.G.
Is there an idiopathic dipation of the bladder ?
Proc. Roy. Soc. Med. 2 : part I (path. section) : 88, 1908.
- STEWART M.H.
Traitement chirurgical de la rétention chronique sans diverticule.
Brit. J. Urol. Dec. 1966, 38, n° 6, 685-695.
- SWENSON O., MAC MAHON H.E., JAKES W.E. and CAMPBELL J.S.
New concept of etiology of megacoureter.
New England J. Med. 246 : 41, 1952.
- THOMSON-WALKER J.W.
Atony of the bladder.
Ann Surg. 52 : 577, 1910.
- TRAFFORD H.S.
Atonie vésicale féminine.
Brit. Med. J. 17 Janvier 1959, n° 5115, 149-151.
- TRUCE E., LEVALLOIS M.
Les vessies insidieusement dangereuses pour le haut appareil.
Soc. Internat. Uril. XI^e Congrès 1958, 2, 158-161.
- VANWELKENHUYZEN P.
Traitement opératoire de la mégavessie.
Acta Urol. Belgica Juillet 1968, 36, n° 3, 235-240.
- WILLIAMS P.I.
Urology in childhood.
In Encyclopedia of Urology, Berlin, Springer Verlag, 1958.

WOLFROMM G.

Quelques remarques sur la physiologie pathologique du globe vésical.
S. Urol. Sept. 1962, 68, n° 9 708-712.

YOUNG T.W. et MITCHELL J.P.

Distension vésicale compliquée de compression vasculaire et oedème massif.

Brit. S. Urol. Av. 1968, 40, n° 2, 248-250.

ZOEDLER

Traitement chirurgical de l'atonie vésicale.

Zscen. Urol. Oct. 1964, 57, n° 10, 743-748.

